

	身長:	体重:	褥瘡:有・無(部位)	気切:有・無
日常生活動作	該当する欄に をご記入下さい			
		介助量		備考
	座位保持	自立・一部介助・全介助・不可能		
	移乗動作	自立・一部介助・全介助・不可能		
	歩行動作	自立・一部介助・全介助・不可能		
	更衣・洗面	自立・一部介助・全介助・不可能		
	食事	自立・一部介助・全介助・不可能		
		食事区分:常食・粥() 流動食・治療食() 経管栄養・胃瘻・腸瘻・点滴・IVH・その他() *経管栄養投与内容()		
		嚥下障害:有・無()		
	排尿	自立・一部介助・全介助・不可能		
状態:オムツ・トイレ・ポータブルトイレ・尿器・留置カテーテル・導尿 尿意:有・無 尿失禁:有・無				
排便	自立・一部介助・全介助・不可能			
	状態:オムツ・トイレ・ポータブルトイレ・人工肛門・腸瘻 便意:有・無 便失禁:有・無			
コミュニケーション	理解状況:良好 やや困難 困難		発語状況:良好 やや困難 困難	
精神状態	意識障害:有・無() 認知症:有・無()			
	精神障害:有・無() 徘徊:有・無() 夜間せん妄:有・無() その他() 監視・抑制:つなぎ服・ミトン・W/Cベルト・センサーマット・ベッド・体幹抑制 *有の場合は()内に状況を簡単にご記入下さい			
療養上の問題点	易怒性:有・無() 暴力行為:有・無()			
	奇声:有・無() 不潔行為:有・無() 難聴:有・無() 視力障害:有・無() 転倒歴:有・無() その他() 備考: *有の場合は()内に状況を簡単にご記入下さい			
記載日 平成 年 月 日				
主治医 _____				
病院住所 _____				
病院名 _____				
電話番号 _____				
FAX番号 _____				